

CHIARA MAROCCO MUTTINI

Professore Associato di Pedagogia Speciale, Docente di Igiene Mentale, Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Torino

A proposito della quarta età sono rimasti finora in ombra i vissuti psicologici sia personali, sia dei familiari, a favore di argomenti più urgenti, come le terapie nelle sindromi cliniche, l'organizzazione dell'assistenza e i suoi costi nel caso della cronicità e della non autosufficienza.

La gestione della persona molto anziana è definibile nell'espressione "prendersi cura" (Taccani et al., 1999) e va vista come problema sociale: solo l'intervento "a rete" permette ai vari attori (famiglia e operatori) di interagire, perché intorno all'anziano si stabilisca un clima di partecipazione calorosa e di professionalità attenta, come solo la sinergia tra famiglia e istituzioni può assicurare.

Nel corso del XX secolo sono avvenute trasformazioni sociali accelerate che hanno modificato l'assetto familiare, mentre altri cambiamenti hanno nel contempo riguardato la speranza di vita e, purtroppo non nella stessa misura, la qualità della vita stessa. Occorre non solo una presa in carico dei vecchi ammalati, ma il potenziamento della prospettiva della "comunità educante", cioè un cambiamento sociale verso convergenze dei vari elementi della rete sociale, professionisti, famiglie, volontari il cui agire appare spesso frammentato. Ho inteso proporre il tema della costruzione della comunità educante (Orlando, 2005), esaminando i ruoli dei vari attori sociali in causa: l'anziano stesso, i familiari, gli operatori.

Il benessere dei vari protagonisti implicati nell'interazione è correlato e può essere migliorato solo nella prospettiva di una condivisione e promozione della solidarietà che tenga conto dei bisogni di tutti.

Mi sembra un punto di vista ancora poco utilizzato: al momento attuale prevale l'accento sulla situazione dell'anziano, che è troppo spesso di difficoltà oggettiva (economica, abitativa, psicologica). Il sostegno sociale non è ancora sufficiente rispetto ai bisogni reali, nonostante si stia affermando nella cultura una sensibilizzazione ai problemi in oggetto. D'altra parte, però, non si dà sufficiente rilievo alla speculare obiettiva difficoltà della famiglia a farsi carico dell'anziano; sono sottovalutati, o addirittura costituiscono un tabù, i vissuti di angoscia, rifiuto, depressione che il farsi carico dell'anziano provoca nei familiari insieme al peggiorare della loro qualità di vita.

Si potrebbe immaginare un triangolo come rappresentazione delle relazioni tra anziano, famiglia, operatori, ognuno dei quali deve essere visto come parte attiva nell'interazione e non solo come destinatario dell'intervento.

Non mi riferisco qui ai vecchi ormai invalidi, non autosufficienti, dementi, ma agli anziani, più numerosi, ancora in discrete condizioni anche in età molto avanzata. Una nuova pedagogia ("geragogia" secondo Barucci, 1989) è l'ottica con la quale contribuire alla costruzione di comportamenti adattativi e responsabili, quindi di benessere.

Il prolungamento della durata della vita ha comportato la sopravvivenza di un numero di "vecchi vecchi" in rapida crescita. Sono quelli che hanno superato la soglia della crisi individuata da Cesa Bianchi (1987) intorno ai 75-78 anni, quando l'identità della persona, in rapporto a fattori biologici e sociali, subisce un rimaneggiamento. L'identità è una componente fondamentale della personalità.

Prima componente in ordine temporale ne è il corpo, che ridiventa prioritario nel crepuscolo della vita per la riduzione di risorse e la subentrante fragilità, i limiti, il vissuto di inefficienza rispetto all'immagine di sé che l'anziano ha acquisito nel tempo. Egli tende a mantenere un senso consolidato della propria identità anche quando il suo corpo attuale non è più corrispondente all'immagine di sé e quando malattie croniche o gravi ne abbiano compromesso la funzionalità. Altrimenti si accentua un vissuto di perdita e conseguenti depressione o regressione, che talora a livello clinico, altre volte non apertamente percepibili, rendono ancora più precario l'equilibrio psicofisico.

Altro fattore strutturante l'identità (Sciolla, 1983) ha a che fare con i ruoli (e quindi col sistema sociale) e con gli orientamenti di valore (sistema culturale).

Secondo il concetto di identità forte (Parson, 1983) in età adulta si raggiunge e si mantiene un assetto stabile, legato ai ruoli esercitati (rispettivamente ruolo lavorativo nell'uomo e materno nella donna).

Altri autori hanno invece sottolineato l'aspetto di processualità (Blumer, 1983; Turner, 1983; Besozzi, 1993), che deriva dalla negoziazione tra soggettività e interazione con gli altri; l'identità si costruisce secondo tale

visione, in modo dinamico all'interno dei processi comunicativi. L'identità sarebbe una tensione continua, verso l'integrazione nell'io di molteplici rappresentazioni di Sé, costruita provvisoriamente, e in conseguenza debole, invece che basata su un nucleo forte: l'esperienza storica dell'individuo e l'esperienza della relazione con gli altri sono ambedue componenti di un'identità basata sulla dialettica tra sé e altro, tra individualità e interazione. La concezione "narrativa" dell'identità (Ricoeur, 1990) riceve significato dall'odierno prolungamento della vita, che vede trasformazioni legate alla storia individuale e alle esperienze più variegate. La persona sopravvive all'esercizio dei ruoli lavorativi per un tempo della vita quasi altrettanto lungo: ad esempio un novantenne di oggi ha trascorso da pensionato 30 e più anni della propria esistenza.

L'identità acquisita in età adulta si mantiene come un'impronta che regola significativamente anche le tappe successive attraverso il ricorso all'immagine di sé raggiunta nella maturità. Ma nella quarta età, mentre si allontana nel tempo il periodo di effettivo esercizio del proprio ruolo lavorativo e sociale, viene meno il rinforzo dell'identità dato dal riconoscimento degli altri a quel ruolo, e quindi tende a decadere lo status sociale di cui il ruolo stesso è espressione.

I rapporti con gli altri risultano ampiamente modificati e tanto più lo sono con l'ulteriore trascorrere del tempo: l'anziano impersonerà sempre meno agli occhi degli altri

quel ruolo di cui egli serba memoria; man mano gli altri, le nuove generazioni in specie, avranno di lui un'altra immagine, legata al presente e non al passato, un presente ben diverso, caratterizzato da un corpo fragile, da un ruolo sociale marginale, da una cultura che, per l'accelerazione dei cambiamenti, diventa obsoleta.

La perdita di significato (anomia) è pertanto un rischio frequente, in un mondo di cui l'anziano non riesce a condividere i valori, dove non si sente apprezzato, mentre le sue risorse soggettivamente e oggettivamente diminuiscono.

Lo sforzo per mantenere l'identità e l'autostima è tradito dall'irrigidimento comportamentale che è spesso una caratteristica dell'anziano.

L'anziano tende spesso ad arroccarsi su abitudini e stili di vita che solo apparentemente lo aiutano nel mantenere la stima di sé. In questo comportamento difensivo si scorge spesso una disfunzionalità perché egli si mette in contrapposizione con gli altri, senza riuscire a condividere punti di vista che favoriscano l'adattamento e l'integrazione sociale.

Il medico, per il suo ruolo fondamentale nella "comunità educante", molto può fare per favorire l'integrazione dell'anziano a partire da un atteggiamento di rispetto e valorizzazione della sua identità.

Sull'argomento si tornerà in articoli successivi.

Bibliografia a richiesta (chiara.muttini@virgilio.it)

